

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev. číslo
			Čís. návrhu
			Rok návrhu

NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI
V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 1
potvrzená objednávka léčebně

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno		
Číslo pojištěnce		
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail	e-mail: tel.:	e-mail: tel.:

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé. Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu do léčebny pozbývá návrh platnosti. Byl jsem poučen o pravidlech pro úhradu dopravy.

Dne: Podpis pacienta (zák. zástupce):

Indikace / Typ:
Diagnóza základní:
Diagnóza vedlejší:
Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:

Navrhovaná léčebna:
1
2

Dne: razítko, jmenovka a podpis lékaře

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Schvaluji léčebnu:
1
2

Upravuji – zamítám (důvod):

jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny podpis a razítko zdravotní pojišťovny
Dne:

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA (RA, OA, očkování, alergie, dřívější pobyt v léčebně)

RA (i sourozenci):

OA:

Očkování:

Alergie:

Předchozí pobyt v léčebně, lázeňské léčebně (kdy, ve které):

B: NO:

C: OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (event. odborná vložka nebo překladová zpráva):

D: LABORATORNÍ A EVENT. DALŠÍ VYŠETŘENÍ související s onemocněním, pro které je léčebna navrhována a nejsou uvedena v bodě C:

E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ (event. jiná sdělení):

Kód pojišťovny 	IČP 	Odbornost 	Ev. číslo
NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 2 k vyúčtování			Čís. návrhu
			Rok návrhu

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno		
Číslo pojištění		
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail	 e-mail: tel.:	 e-mail: tel.:

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé. Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu do léčebny pozbývá návrh platnosti. Byl jsem poučen o pravidlech pro úhradu dopravy.

Dne: _____ Podpis pacienta (zák. zástupce): _____

Indikace / Typ: /

Diagnóza základní:

Diagnóza vedlejší:

Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:

Navrhovaná léčebna:

1.

2.

Dne: _____ razítko, jmenovka a podpis lékaře

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Schvaluji léčebnu:

1.

2.

Upravuji – zamítám (důvod):

Dne: _____ jmenovka a podpis
oprávněné osoby pojišťovny

_____ podpis a razítko
zdravotní pojišťovny

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA (RA, OA, očkování, alergie, dřívější pobyt v léčebně)

RA (i sourozenci):

OA:

Očkování:

Alergie:

Předchozí pobyt v léčebně, lázeňské léčebně (kdy, ve které):

B: NO:

C: OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (event. odborná vložka nebo překladová zpráva):

D: LABORATORNÍ A EVENT. DALŠÍ VYŠETŘENÍ související s onemocněním, pro které je léčebna navrhována a nejsou uvedena v bodě C:

E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ (event. jiná sdělení):

Kód pojišťovny 	IČP 	Odbornost 	Ev. číslo
NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 3 zdravotní pojišťovně k dokumentaci			Čís. návrhu
			Rok návrhu

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno		
Číslo pojištění		
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail	 e-mail: tel.:	 e-mail: tel.:

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé. Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu do léčebny pozbývá návrh platnosti. Byl jsem poučen o pravidlech pro úhradu dopravy.

Dne: _____ Podpis pacienta (zák. zástupce): _____

Indikace / Typ: / Diagnóza základní: Diagnóza vedlejší: Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče: Navrhovaná léčebna: 1. 2. Dne: _____ razítko, jmenovka a podpis lékaře	STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY Schvaluji léčebnu: 1. 2. Upravuji – zamítám (důvod): Dne: _____ jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny podpis a razítko zdravotní pojišťovny
--	---

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA (RA, OA, očkování, alergie, dřívější pobyt v léčebně)

RA (i sourozenci):

OA:

Očkování:

Alergie:

Předchozí pobyt v léčebně, lázeňské léčebně (kdy, ve které):

B: NO:

C: OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (event. odborná vložka nebo překladová zpráva):

D: LABORATORNÍ A EVENT. DALŠÍ VYŠETŘENÍ související s onemocněním, pro které je léčebna navrhována a nejsou uvedena v bodě C:

E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ (event. jiná sdělení):

Kód pojišťovny 	IČP 	Odbornost 	Ev. číslo
NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 4 navrhujícímu lékaři k dokumentaci			Čís. návrhu
			Rok návrhu

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno		
Číslo pojištění		
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail	e-mail: tel.:	e-mail: tel.:

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé. Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu do léčebny pozbývá návrh platnosti. Byl jsem poučen o pravidlech pro úhradu dopravy.

Dne: _____ Podpis pacienta (zák. zástupce): _____

Indikace / Typ: / Diagnóza základní: Diagnóza vedlejší: Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče: Navrhovaná léčebna: 1. 2. Dne: _____ razítko, jmenovka a podpis lékaře	STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY Schvaluji léčebnu: 1. 2. Upravuji – zamítám (důvod): jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny podpis a razítko zdravotní pojišťovny Dne: _____
--	---

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA (RA, OA, očkování, alergie, dřívější pobyt v léčebně)

RA (i sourozenci):

OA:

Očkování:

Alergie:

Předchozí pobyt v léčebně, lázeňské léčebně (kdy, ve které):

B: NO:

C: OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (event. odborná vložka nebo překladová zpráva):

D: LABORATORNÍ A EVENT. DALŠÍ VYŠETŘENÍ související s onemocněním, pro které je léčebna navrhována a nejsou uvedena v bodě C:

E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ (event. jiná sdělení):